注：本文所有“中医”，其涵义均是指“中国传统（古代）医学”，与之对应的概念是“西方传统（古代）医学”。**“现代医学”不存在中、西分野。**

关于“中国传统医学”，亦即中医，中文知识界有一种相当常见的说辞，大意如下：

“阴阳五行理论已经过时，但**中医是经验的医学**，从神农尝百草至今，中医**积累了几千年的实践成果**，中医药是内容丰富、价值无可估量的宝库。”

进而，很多人主张“废医验药”。

“废医验药”是很好的主张。遗憾的是，验药的结果，却让“几千年经验的积累”有些措手不及。

“验药”的惨淡往事

当代医学史上，有过两次针对中医的大规模“验药”。

第一次始于1958年。

此次验药运动覆盖全国，手段是对传统中药做药理实验，目的是筛选出其中的有效者并寻找新药。

到了1961年，在“中国生理科学会药理专业第一届学术讨论会”上，参与验药的中医界人士无奈承认：

“阴性结果较多，肯定结果较少。不少（宣称）临床报告有效的方药，**在动物实验中得不到证实。**”

“我们单位所做的中药筛选工作**多数为阴性结果（注：不能证明有效），少数为阳性结果。**”

“用观察血管脆性、血凝时间等方法来研究止血的中药，**结果很难得出肯定的结论**……”

不过，与会的中医界人士拒绝将“得不到实验的证实”，等同于“中药本身无效”。

在会上，他们提出了种种理由来解释为何“多数为阴性结果”——或辩称“有的是由于对中医学习还不够，有的则是由于对待科学工作的严肃性不够”，或辩称“过去方法上不够多样化，因此大多数是阴性结果”；且**集中火力抨击了现代医学的“验药”方式不适合中药**，宣称：

“中医理论很多是西医难以理解的，……目前的一些实验方法很难反映出中药的真实药理作用。”

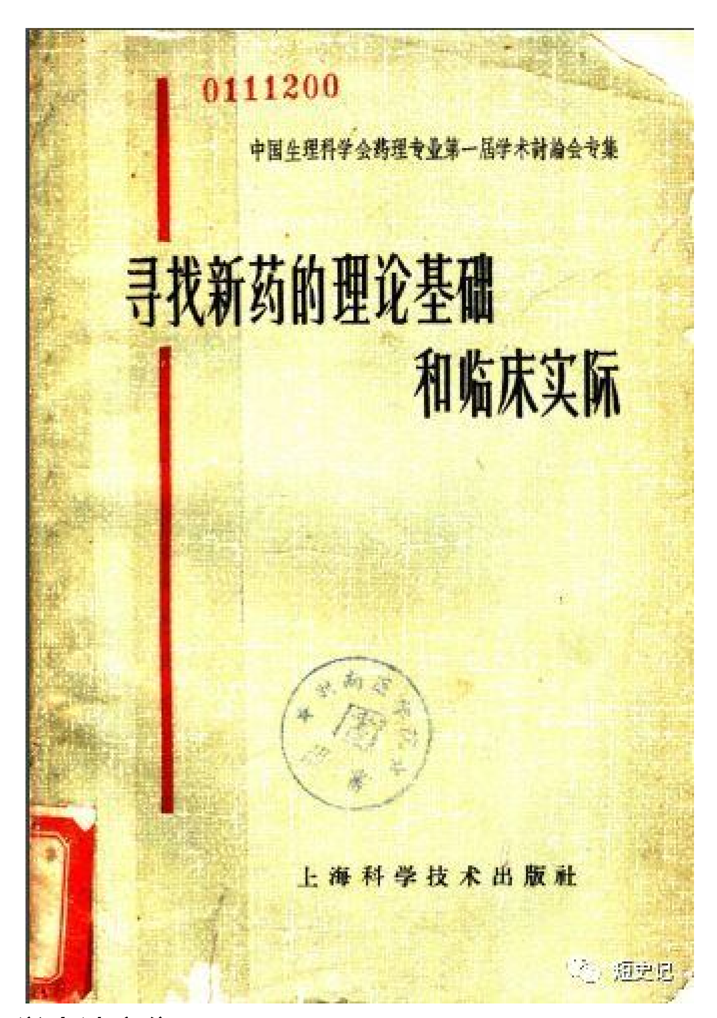
他们强烈主张，用“临床疗效”取代“动物实验”和“双盲实验”，作为判定中医药方是否有效的依据——事实上，当时的中药筛选正是这样做的，许多中医机构乐衷于用“临床疗效”取代“动物实验”和“双盲实验”，来判断某一药方是否有效。**结果就是，这些宣称具备“临床有效”的药方，大多数很难得到“动物实验”和“双盲试验”的证实。**正如《中医杂志》1963年的一篇学术论文所承认的那般：

“**结果的可重复性不高以及与临床结果的不一致，是中药药理研究中一个比较普遍存在的问题。**如中国医学科学院实验医学研究所1959年抗癌中药的筛选报告指出，初试有64种药物对癌细胞的抑制率>50%，……但经复试，凡是能够评价的结果，竟没有一次得到>50%的抑制率，即使抑制率达30~49%的，也只有13药次；湖北省卫生防疫站1958年报告，48种中药中，只有黄连对流感病毒呈抑制作用，但西安方面同样筛选(1959)，曾多次购置黄连，都未能重复出黄连对流感病毒的抑制作用，与此相反，与湖北方面重复的16种单味药中，却至少有12种对流感病毒具有抑制作用……”

众所周知，不能通过“动物实验”和“双盲实验”，结果不具备可重复性，这种所谓的“临床疗效”，往往属于幻像——比如患者的好转实际上属于自愈，而非药物起了效果。

在1961年的会议上，针对某些中医界人士以“中医是一种临床医学”为由否定“动物实验”“双盲实验”的论调，有医学工作者直接了当驳斥道：

“在评定中医药（临床）疗效时应实事求是。有时由于未掌握疾病的规律，把自然好转的病人误认为是药物的疗效，也是应该避免的。如果某药能治好一例结核性脑膜炎尚可理解。但是如果说某药能治好腮腺炎（笔者注：该病绝大多数可自愈），如无客观可靠的指标，就很难肯定。**仅根据病人主观症状好转就认为有效，根据是不足的。在大多数情况下，必需有适当的对照才能判断药物的疗效。”**



图：1961年首届药理学会论文集

第二次全国范围的“验药”，始于1971年。

据吴新生《共和国领袖首席保健专家》一书披露，此番验药运动的缘起是：

“毛泽东晚年患有老年慢性支气管炎等疾病，……当年（1970）11月份，在周恩来总理的亲自安排下，由卫生部牵头向全国医疗系统发出号召，展开攻克老年慢性支气管炎的科研攻关活动。”

如此自不难想象这场验药运动的规模。

此次筛选，采取了“专业人员与群众运动相结合”的方式。据不完全统计，截至1975年，全国共派出医务人员近30万名，临床验药治疗440多万病例。

但结果同样令人遗憾。中医陆广莘无奈承认：

“**1971年全国范围的筛选慢性气管炎中药，针对‘咳、喘、痰、炎’，筛选出止咳、定喘、化痰、消炎的18种草药，却又经不住时间和实践的考验。**百余年来，从麻黄素开始，能从中药里成功提取分离成为化学药的不到60种。”

尽管当时的许多中医界人士，再度将原因归咎于“实验方法”和“疗效设计”，继续强调“中西医学观存在差异”。但验药结果相当惨淡，终究是一个不容忽视的事实。

于是，问题就来了：为什么明明有“几千年经验的积累”，到了“验药”环节，却难以得到期望中的丰硕成果，反而是“阴性结果较多，肯定结果较少”“很难得出肯定的结论”“经不住时间和实践的考验”？



有效积累与无效积累

答案其实很简单。

“几千年”这个漫长的时间跨度，确实容易给人一种“最终积累”一定特别厉害的错觉。殊不知，经验的有效积累，有两个至关重要的前提条件：

（1）“经验”的真实性可以被检验。

（2）“经验积累”的渠道非常通畅。

遗憾的是，在漫长的“几千年”里，这两个前提并不具备。这直接导致中国传统医学的经验积累，长期处于一种非常低效的状态。

再具体一点解释就是：

（1）一种“治疗经验”，要被证明有效，首先需要大量的临床病例；然后还需要通过“双盲实验”一类的办法，排除掉其他因素的干扰，尤其是排除主观偏差。

比如，《三国志》记载，华佗曾凭借用手摸孕妇腹部，“（胎儿）在左则男，在右则女”的经验，准确诊断出孕妇怀了男孩——这是典型的以偶然为必然、存在主观偏差的“伪经验”。

《三国志》还记载，张角、张修用“符水”给人治病，治好了就是“符水”的效果，治不好就说病人的心不虔诚，“不信道”——这也是典型的未排除自愈因素干扰、存在主观偏差的“伪经验”。

（2）一种“有效的治疗经验”，要被有效积累，首先需要作为知识沉淀下来，在刀笔时代，沉淀的方式自然是写成文字载入典籍；然后这些文字典籍，还需要有传播渠道，在传播渠道的末端，必须经得起重复验证。这些，必须依赖“学术共同体”才能做到。

很遗憾，在**近代大学和学术期刊制度**建立之前，中国传统医学不存在“学术共同体”。

所以，在中国古代，某位民间医生发现了针对某种疾病有效的药物——这一点其实很难做到，民间医生既无法获得足量的临床机会，也没有进行双盲实验的意识，自然也就无力确认药物的有效性，《本草纲目》《本草纲目拾遗》等，就是这方面的典型，对绝大多数前人留下的药方，李时珍等传统医学工作者只能抄录，无法甄别，以至于上吊绳治癫狂、吃白云治哑症这样的药方比比皆是。——**然后将之写成文字，变成知识有效传承下来，这几乎是一件不可能发生的事情。**

史实也可以证明了这一点。那些站在最顶端的民间医生，比如华佗，都没有能够将他们的有效药方传承下来，留在史书中的，只有各种奇奇怪怪的传说，比如断言某某与妻子行房必死、某某五日必死、某某阳寿只有十年……普通民间医生，情况自然更糟。

在民间不存在任何“学术共同体”的古代中国，稍稍能够做到“有效积累”的，其实**只有官办医疗机构。**

比如，张仲景的《伤寒杂病论》，写成后即面临失传的困境，是晋代太医令王叔和收集了一些残章，将之部分保存了下来；今天所见的通行本，则是宋代官办的“校正医书局”校订整理的版本。

然而，官办医疗机构本质上仍属于衙门，不是“学术共同体”，他们对医疗经验的“有效积累”，也很低效。

以御医为例。对他们而言，伴君如伴虎，“独到见解”实际上常常等同于自招祸端，为了趋利避害，他们在诊治时常常不求有功、但求无过，乐衷于开无风险的补药而非治病之药；乐衷于用“慢治”卸责而讳言药到病除；乐衷于从众诊断随大流，寄望于法不责众……如此种种，是历代御医们最核心的“专业技术”。

当然，皇室也不是傻子。清代民间医生杜钟骏被召入宫给光绪帝看病，发现当时共有6名医生轮流给光绪看病，分别诊断、分别开药，医生之间不许互通讯息。这种规矩，很明显是想要防范御医为求自保“从众诊断”。

但这样做的结果，却是“千人千方”——传统医学缺乏“动物实验”“双盲实验”这种学术规范，药效的判定标准相当混乱（比如不能区分自愈与药愈，也不能区分究竟是哪一种药物是有效成分），于是乎，最终的用药决策权往往只能归于“圣裁”。比如，慈禧曾将两张供自己服用的药方——民间医生马文植所开与太医院所开，“着大臣议奏应服何方”，让朝中大臣来判断该用哪一张；大臣们自然不敢担责，只好回复称“臣等不明医药，未敢擅定，恭请圣裁”，仍请慈禧自己决定；于是，慈禧决定仍用太医院的药方，同时又命“马文植主稿”，可谓和得一手好稀泥。

这种“难以有效积累”，有一个众所皆知的典型案例，那就是青蒿素（某些文献或称青蒿，或称黄花蒿）**在中国古代的发现、失传，以及在中国当代的重新发现。**

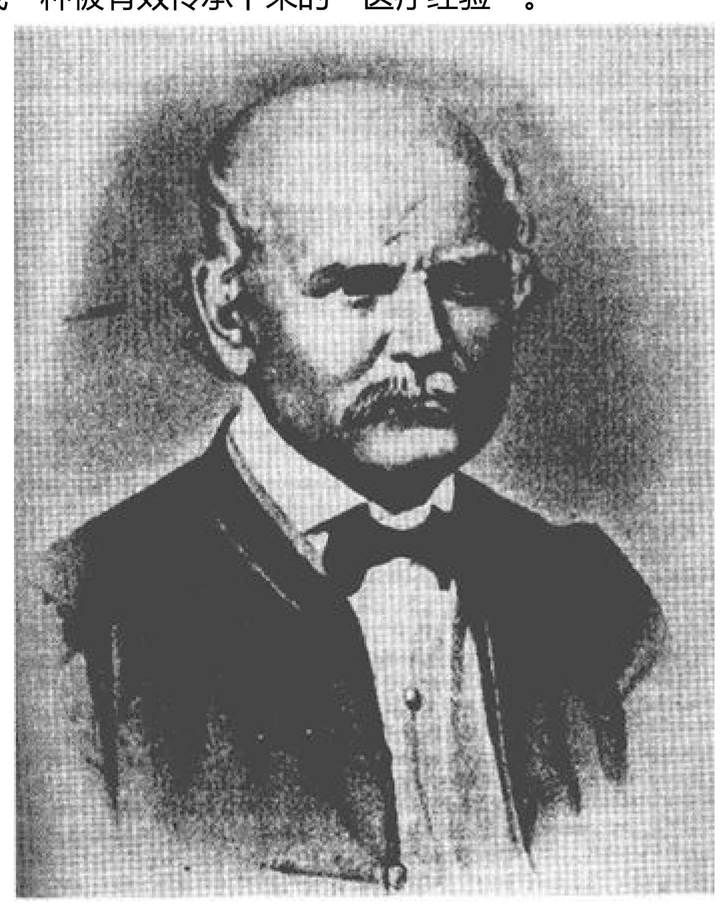
东晋葛洪的《肘后备急方》中，已记载有“青蒿一握，以水二升渍，绞取汁，尽服之”，可以治“寒热诸疟”。《肘后备急方》是历代官办医疗机构工作人员的必备典籍，但自东晋至晚清，这种治疗疟疾的有效经验，并未获得真正的重视——主要原因在于未获得重复验证、未能找到其中的有效成分（比如在使用方法上出现了问题）；而不能得到重复验证的原因，又在于官办医疗机构不是研究机构，在积累上非常低效——所以“青蒿可治疟疾”的记载，虽然留存在典籍中，却始终没有能够变成一种常见的治疗手段。直到20世纪60~70年代，依赖现代医学的实验体系，青蒿素才获得了被“重新发现”的契机。

需要特别说明的是，不但中国传统（古代）医学“几千年经验的积累”非常低效，西方传统（古代）医学“几千年的积累”也同样如此。

比如，“十七世纪德国药典有五、六千种药物，今天继承下来的只有少数。”（药理学家金荫昌语）

再比如，在“产褥热”这个问题上，中国与欧洲的传统医学，都长期深陷在错误的“恶露抑制”理论当中，认为孕妇之所以在产后出现发热症状、进而导致死亡，是因为她们在怀孕期间，血液中积累了大量污物毒素，需借助排出恶露来清除，冷空气进入子宫、身体受冷、饮用冷水、受到恐惧惊吓等，都会导致子宫内血管出口关闭，使恶露难以排出。进而，古代中国与古代欧洲，产生了几乎一模一样的“坐月子禁忌”——房间必须被关得密不透风、产妇不能下地必须卧床、多少天内不能碰凉水、不能洗澡……

直到19世纪中叶，欧洲的近代医院走向正规，维也纳总医院的产科医生、匈牙利人塞麦尔维斯（Ignaz Philip Semmelweis）才获得机会发现，“感染”（具体感染了什么，他当时还不清楚）才是产妇患上产褥热的根源；稍后，法国科学家巴斯德(LouisPasteur)和德国医生科霍(Rober koch)相继发现细菌，塞麦尔维斯关于产褥热的发现，才被欧洲的“医学共同体”所承认，变成一种被有效传承下来的“医疗经验”。



图：塞麦尔维斯

说了这么多，归结起来，其实不过是一个很简单的逻辑问题：

面对“××是几千年经验的积累”这类话时，必须要心存警惕，必须注意逻辑链条的完整，多问几句句：这“积累”的具体情形是怎样的？是有效积累，还是无效积累？是高效积累，还是低效积累？

毕竟，真理可以在“几千年”里始终尘埋，谬误也可以在“几千年”里恒久流传。真正重要的，不是“几千年积累”，而是能否做到“有效积累”。

（完）

注释

中国生理科学会药专业秘书组/编著，《寻找新药的理论基础和临床实际：中国生理科学会药理专业第一届学术讨论会专集》，上海科学技术出版社，1962，第161、167、172页。

同上，第168、171、172页。

高晓山，《建国以来我国中药药理研究概况》，《中医杂志》1963年第8期。

《寻找新药的理论基础和临床实际：中国生理科学会药理专业第一届学术讨论会专集》，第168页。

吴新生等/著，《共和国领袖首席保健专家》，中国文史出版社，2015，第372~375页。

陆广莘，《中医学之道》，人民卫生出版社，2001，第301页。

《三国志.方技传》《三国志.张鲁传》。

隋风，《上吊绳治癫狂，吃白云治哑症，＜本草纲目＞们不可轻信》，短史记2018年9月19日。

恽丽梅：《清宫医药与医事研究》，文物出版社2010年，第86、83页。

言九林，《“欧美人不坐月子，是因为体质与中国人不同”之说，相当荒唐》，短史记2018年11月4日。